BabyNet
South Carolina's Early Intervention System
SC DEPARTMENT OF HEALTH AND ENVIRONMENTAL CONTROL

Rechazo de los padres para recibir servicios

Nombre del niño: _____ Número de identificación de BabyNet: _____

Nombre del padre/madre: _____

Mi firma a continuación indica que:

- Yo en este momento declino todos los servicios de intervención temprana de BabyNet para el niño nombrado anteriormente.
- Yo entiendo que puedo volver a solicitar los servicios del sistema de BabyNet en cualquier momento antes del tercer cumpleaños de mi niño.
- Yo he recibido una copia del Aviso de los Derechos de los Niños y las Familias en el sistema de BabyNet

NOTAS

_____ _____
Firma del padre/madre/tutor Fecha

_____ _____
Firma del coordinador de servicios/trabajador Fecha

Coloque la etiqueta aquí